

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF da Sede, Faxinal do
Soturno/RS**

Mabel Merlán Martínez

Pelotas, 2015

Mabel Merlán Martínez

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF da Sede, Faxinal do
Soturno/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luzane Santana da Rocha

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M385m Martinez, Mabel Merlan

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF da Sede, Faxinal do Soturno/RS / Mabel Merlan Martinez; Luzane Santana da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Rocha, Luzane Santana da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho aos meus filhos, que são a fonte da minha inspiração e aos meus pais pelo apoio que me dão a cada dia para alcançar meus sonhos.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que tem contribuído com a realização da intervenção, em especial a minha orientadora Luzane Santana da Rocha por ter me guiado, à Secretária de Saúde Margarete Ferrari e a funcionária Leila Nunes Gabbi, Diretora da UBS, por seu apoio na logística, com o qual foi possível o cumprimento do cronograma e a minha Equipe pois sem sua cooperação não teria sido possível a culminação deste trabalho.

Resumo

MARTINEZ, Mabel Merlán. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF da Sede, Faxinal do Soturno/RS**. 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Intervenção tem como foco a saúde do idoso e foi motivada pelo elevado índice de envelhecimento existente no município, sendo um dos mais envelhecidos da região, o que exige uma maior qualificação por parte dos profissionais para a atenção aos idosos, embasada nos protocolos do Ministério de Saúde bem como uma mudança na percepção dos profissionais da saúde e da população sobre o envelhecimento. Esse trabalho tem como objetivo principal a qualificação da atenção à saúde do idoso na ESF da Sede do município Faxinal do Soturno/RS. Com uma estimativa de 368 idosos, ao início da intervenção pois não se existia o cadastro certo do total de idosos da área de abrangência. A intervenção foi realizada no período de doze semanas, utilizando como instrumentos a ficha espelho para cada usuário e uma planilha de coleta de dados mensal. Fizemos a análise dos dados coletados, e os resultados revelaram que foram incorporados ao programa 332 idosos, com 86.2% de cobertura da atenção. Destaca-se que 100% dos idosos tiveram avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado em dia, assim como solicitação de exames complementares periódicos em dia para os hipertensos e/ou diabéticos. Vale destacar que 78,2% dos idosos cadastrados receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e que 46 (100%) dos usuários acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam visita domiciliar. Identificamos também que 100% dos idosos tiveram verificação da pressão arterial na última consulta e todos os idosos hipertensos foram rastreados para diabetes. Quanto à necessidade de atendimento odontológico e com primeira consulta odontológica programática alcançamos 49.4% dos usuários avaliados. Observa-se que 100% de idosos estão com registro na ficha de acompanhamento/espelho e 65, 59.9 % foram assistidos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Todos os usuários estudados estão com avaliação para fragilização na velhice e de rede social em dia. Quanto às atividades de promoção da saúde, 100% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre higiene bucal e sobre a prática regular de atividade física. Com a implementação da ação programática garantimos uma abordagem integral e multifatorial aos idosos baseados em ações de promoção e prevenção da saúde, o que possibilitou a avaliação funcional destes usuários, garantindo e melhorando sua qualidade de vida, assim como um envelhecimento ativo e mais saudável nesta faixa etária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF da Sede, Faxinal do Soturno.	57
Figura 2	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF da Sede, Faxinal do Soturno.	59
Figura 3	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na USF da Sede, Faxinal do Soturno.	60
Figura 4	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF da Sede, Faxinal do Soturno.	62
Figura 5	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na USF da Sede, Faxinal do Soturno.	63
Figura 6	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na USF da Sede, Faxinal do Soturno.	64
Figura 7	Capacitação da equipe de saúde sobre saúde dos idosos.	78
Figura 8	Palestra sobre uso da Caderneta do Idoso e Conselho de Idosos	78
Figura 9	Palestra sobre Envelhecimento Saudável em 07/04/2015	79
Figura 10	Visita domiciliar	79
Figura 11	Visita domiciliar	80
Figura 12	Visita domiciliar	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CRAS	Centro Regional de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PIM	Primeira Infância Melhor
SISCAM	Sistema de Informação de Câncer de Mama
SISCOLO	Sistema de Informação de Câncer de Colo do Útero
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	11
2 Análise Estratégica	21
2.1. Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3. Logística.....	44
2.3.4 Cronograma	52
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão.....	67
5 Relatório da intervenção para gestores	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	76
Referências	76
Anexos	78

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral a melhoria da atenção à saúde do idoso da ESF da Sede, do município Faxinal do Soturno, RS. Na primeira seção está apresentada a análise situacional na qual foram contemplados a Análise inicial sobre a situação na Unidade de Saúde e da ESF da Sede, o relatório da análise situacional e, por fim, um comparativo entre a análise inicial e o relatório da análise situacional. Na segunda seção foi descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de execução do projeto de intervenção. Na terceira seção está apresentado o relatório de intervenção, no qual são descritas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, aquelas que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. Na quarta seção foi contemplada a avaliação da intervenção, na qual foram apresentados os resultados e a discussão. Na quinta seção foi apresentado o relatório aos gestores e na sexta o relatório à comunidade local, na seção sete foi apresentado à reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e por fim, na última seção, foi a bibliografia utilizada durante a elaboração do presente trabalho com os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS foi criada em maio de 1997, só tem 16 anos, não é um prédio adaptado, foi construída para funcionar como UBS, possui as seguintes repartições: recepção que é o local destinado à recepção e direcionamento dos usuários de acordo com a demanda; sala de espera para 45 usuários; tem cinco consultórios destinados às consultas médicas, um para ginecologia; um para consulta de enfermagem; farmácia para o armazenamento e distribuição de medicamentos; sala de curativos para a realização de curativos de feridas crônicas e agudas e retirada de pontos, no âmbito da atenção básica, a qual é compartilhada com ambulatório onde ficam os que estão em observação; três banheiros (um banheiro para uso dos funcionários e dois banheiros para usuários).

Possui ainda almoxarifado para armazenamento de materiais e suprimentos administrativos e prontuários; sala da administração; sala de triagem onde encontram-se os prontuários dos usuários cadastrados e ocorre a entrega de resultados de exames; sala de esterilização a qual é compartilhada com nebulizações e coleta de exame; sala de vacinas que fica na secretária de saúde, onde ocorrem armazenamento e administrações de vacinas de rotina e campanhas de vacinação; dois consultórios de odontologia; não temos barreiras arquitetônicas, nossa unidades é plana, não tem nenhum elemento que possa constituir uma dificuldade para os usuários com deficiência.

Acho que a nossa UBS não conta com as regulações necessárias para cumprir com os requisitos estabelecidos, mas agora se encontra em ampliação, a qual deve terminar no primeiro semestre do próximo ano (2015) e vai ficar com os

seguintes locais: cinco consultórios destinados às consultas médicas, um de ginecologia com banheiro incluído, consultório de enfermagem; cozinha; seis banheiros (dois banheiros para uso dos funcionários e quatro banheiros para usuários), todos adaptados para as pessoas com deficiências; vestuário feminino e masculino; sala da administração; sala de Eletrocardiograma; depósito de material de limpeza; depósito de material contaminado; sala de reuniões e educação em saúde, sala de triagem; encontram-se aqui os prontuários dos usuários cadastrados e ocorre a entrega de resultados de exames; sala de esterilização; sala de nebulizações; sala coleta de exame; sala de vacinas: onde ocorrem armazenamento e administrações de vacinas de rotina e campanhas de vacinação.

Além das limitações atuais, observadas na UBS, podemos falar que as mesmas não afetam a qualidade do trabalho e atenção aos portadores de deficiências, pois temos algumas alternativas no cuidado aos mesmos, por exemplo, prioridades nas visitas domiciliares as quais são realizadas todas as semanas aos idosos e com deficiências.

O município possui grupos de hipertensos e diabéticos formados por pessoas idosas onde são trabalhados temas sugeridos pelos participantes. Neste verificamos a pressão arterial, realizamos teste de glicemia e entrega dos medicamentos.

A UBS tem os recursos necessários para cumprir com as normas de higiene de lavagem de as mãos e para fazer os procedimentos de enfermagem e desta forma evitar que as dificuldades no fluxograma de esterilização desencadeiem infecções.

Os gestores e governo local reconhecem as dificuldades que da UBS e há um projeto de ampliação da unidade. Esta iniciativa poderá facilitar o acesso aos serviços básicos de saúde aos idosos e aos portadores de deficiências. No entanto, o envelhecimento populacional, o aumento da demanda de usuários com doenças crônicas e a necessidade destas pessoas usarem a atenção básica requer uma maior intervenção do Sistema Único de saúde.

Na unidade onde atuo os usuários do SUS podem realizar consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, tomar vacinas e coletar exames laboratoriais. Além disso, há fornecimento de medicação básica e também encaminhamentos para especialidades dependendo da necessidade. Na Unidade

Básica de Saúde, quando um usuário tem uma demanda para consulta especializada após passar pelo acolhimento, os médicos encaminham este a um especialista se necessário. O usuário então recebe uma guia e é orientado a deixá-la na recepção com seu telefone para contato, mas infelizmente ainda possui pontos negativos como a demora na marcação de exames ambulatoriais, laboratoriais e na atenção especializada como cardiologista, dermatologia, neurologia, traumatologia, que chegam a esperar entre seis meses até um ano, e alguns muito mais, o que gera insatisfação da população, e dificulta o cumprimento dos protocolos para o seguimento dos portadores de doenças crônicas.

A farmácia possui quantidades suficientes dos medicamentos essenciais, mas ainda falta alguns, situação que já está sendo avaliada pela secretaria de saúde. A falta de medicamentos ocorre somente quando atrasa o processo da licitação, mas para que a falta de alguns deles não prejudique os usuários que são SUS dependentes e não possuem valor aquisitivo suficiente para comprar os medicamentos prescritos que faltarem nesta farmácia, as receitas que fazemos são geralmente de medicamentos mais fáceis de obter, prescrevemos sempre que possível diante do que tiver no momento na farmácia, para que os usuários não tenham que comprar medicamentos.

O prontuário é um elemento crucial no atendimento à saúde dos indivíduos, devendo reunir informações necessárias para garantir a continuidade dos tratamentos. Todos os consultórios têm computador com conexão à internet, o que facilita a implementação do prontuário eletrônico, pois este modelo de atendimento utiliza a informação e a integração como elementos essenciais de organização.

Há mais de um mês começamos a trabalhar com o prontuário eletrônico, no início surgiram algumas dúvidas em relação ao uso do prontuário, mas todos os profissionais ficaram motivados com o mesmo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Faxinal do Saturno está situado na Depressão Central, no coração do Rio Grande do Sul, estando o Jacuí a leste e a Serra de São Martino a oeste.

Apresenta uma área territorial de 169,945km², sendo que possui um distrito, Santo Anjos e dezesseis localidades do meio rural: Novo Treviso, Linha Formosa,

Chapadão, Linha 3, Linha São Luiz, Vila Santo Antônio, Olaria, Linha nova Palma, Tope, Sítio Alto, sítio dos Mellos, Três Bocas, chapadão, Guarda Mor, Saxônia, Val Verônês. Os municípios limítrofes são: Dona Francisca, Ivorá, Nova Palma, Silveira Martins e São João do Polêsine.

Historicamente Faxinal do Saturno faz parte dos municípios da Quarta Colônia de Imigração italiana do Rio Grande do Sul, colonizado por imigrantes italianos, tem presença desta cultura, que se manifesta nos costumes, hábitos, alimentação, nos monumentos e na vivência religiosa de sua gente. Ao mesmo tempo voltando para a modernidade com um desenvolvimento crescente. A população tem a economia alicerçada na agricultura; no comércio e na indústria, fazendo deste município não só centro geográfico, como também comercial, que, aliado aos seus eventos, possui um forte atrativo turístico.

Segundo as informações do IBGE no ano 2010 a Taxa de Alfabetização das pessoas acima de cinco anos era de 93.81%. Em 2012 existiam 112 matrículas no ensino pré-escolar da rede pública municipal, 816 matrículas no ensino fundamental, sendo que 620 da rede pública estadual e 190 na rede pública municipal e 188 matrículas do ensino Médio na rede pública estadual.

Em relação ao saneamento do município, conforme o sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 1207 dos domicílios não possuem água tratada, sendo que em 788 o abastecimento da água é da rede pública. Quanto ao destino do lixo, na maioria dos domicílios é realizada a coleta pública (969 domicílios). E 991 dos domicílios utilizam a fossa como destino das fezes e urina.

Conforme o último censo do IBGE, Faxinal do Saturno, em 2010 apresentava 6.672 habitantes sendo 3274 homens e 3398 mulheres (com uma estimativa para o ano 2013 de 6.647 pessoas), com densidade demográfica de 39.27 hab./km². No ano de 2000, a base da pirâmide apresenta-se mais larga, indicando um número elevado de jovens em relação aos idosos, e a faixa etária de 05 a 19 anos era a mais predominante. De acordo com as pirâmides, percebe-se a tendência ao envelhecimento. No ano 2010, a pirâmide teve um aumento no seu corpo, havendo uma diminuição na base, indicando aumento da expectativa da vida e esperança de vida ao nascer. A faixa etária predominante é entre 40 a 49 anos.

O Município possui três serviços de saúde: a Secretaria Municipal de Saúde que fica junto à Unidade Básica de Saúde da Capital Municipais, o Hospital São

Roque e a Unidade Básica de Saúde (UBS) que tem duas equipes e atende tanto a área urbana como rural, a nossa equipe oferece atendimento para a área urbana, sendo que a outra equipe é responsável pela Unidade de Saúde de Santos Anjos e do atendimento do restante da população rural. As referências para internação são feitas para o Hospital de Caridade São Roque, de nosso município, e para o Hospital Universitário da cidade de Santa Maria (HUSM), principal centro hospitalar da região.

A atenção básica do município conta com duas equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os usuários do SUS podem realizar consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, vacinação e coleta de exames laboratoriais. Além disso, há fornecimento de medicação básica e também encaminhamentos para especialidades dependendo da necessidade do usuário. Com relação às especialidades médicas, no município tem atendimento de Psiquiatra que trabalha 8 horas semanais, e uma ginecologista que presta serviço quatro dias na semana pela manhã, os exames laboratoriais são coletados no laboratório vizinho à Unidade de Saúde três vezes por semana, os Raio-X, Ultrassonografia, Tomografia e Mamografia são realizadas no hospital e agendadas conforme a demanda.

Quanto a Atenção à demanda espontânea, o atendimento na UBS é feito pelos dois médicos das duas equipes de saúde e outros dois médicos que não pertencem ao programa, mas todos realizam tanto o atendimento da demanda espontânea como dos usuários agendados.

O acolhimento na unidade é feito quando o usuário chega à recepção, a recepcionista escuta suas demandas, introduz seus dados no computador e encaminha o mesmo para o profissional correspondente, os que precisam de atendimento médico, primeiramente são atendidos na sala de triagem, onde as enfermeiras escutam seus motivos de consulta, medem seus sinais vitais, altura e peso, os dados são colocados no prontuário eletrônico, a prioridade é feita de acordo por cores. O excesso de demanda espontânea não constitui uma problemática, considero que se deve à estabilidade da equipe de trabalho e ao tamanho da população, além do mais os usuários que não podem ir até a Unidade de saúde recebem atenção domiciliar periodicamente pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

O atendimento Odontológico é feito por agendamento, mas quando um usuário tem problemas agudos é atendido imediatamente. A unidade possui duas equipes odontológicas as quais são suficientes para o número de habitantes do município. Neste último trimestre, tivemos dificuldades na atenção odontológica por motivo de atestado de duas técnicas de odontologia, mas já foi contratada outra pessoa e estamos atualizando as consultas.

A UBS possui condições estruturais adequadas, medicamentos e instrumental suficiente para o atendimento médico aos que apresentam problemas de saúde agudos e que precisam de atenção imediata, o qual é muito importante porque proporciona maior segurança e confiança aos usuários e os mesmos veem a unidade como a verdadeira porta de entrada ao SUS e onde podem resolver quase todos seus problemas de saúde. Quando precisam de encaminhamento ao hospital este é feito de imediato e com prévia coordenação com o médico plantonista. O acolhimento é feito até pela secretária de saúde e auxiliar administrativa, eles são os que atendem aos usuários e familiares que tem necessidade de transporte sanitário, autorizam os processos para o pagamento de um medicamento que seja muito custoso.

Em relação à Atenção pré-natal de baixo risco, na UBS a atenção é feita pela equipe da ESF, mas a consulta de pré-natal e puerpério são realizadas pela ginecologista, de segunda a quinta pela manhã, ela dá seguimento durante toda a gestação. Fazemos um grupo de gestantes que funciona a cada quinze dias, onde participam: o médico da ESF, Enfermeira, Técnico de enfermagem, Odontólogo, ACS, funcionários do NAFS, educadora física, Psicóloga, onde são realizadas ações de promoção e prevenção à saúde, fundamentalmente são estimulados o aleitamento materno, os hábitos alimentares saudáveis, a saúde bucal, a atividade física e os cuidados no puerpério e com o recém-nascido. Mas nem todas as gestantes da área são seguidas pela ESF, pois existem algumas que fazem seguimento em consultas particulares, pero tem um seguimento adequado.

O cadastro das gestantes no SIS PRENATAL, é feito pela enfermeira da equipe, programa que permitiu o preenchimento da parte de pré-natal e puerpério do Caderno de Ação Programática. Ao analisar os indicadores vemos que temos cadastradas uma porcentagem inferior ao esperado que é de 57 grávidas e nós temos 30 o que representa 52% do total, isto se deve a vários fatores: primeiro não

existe cobertura total de agentes comunitários para toda a população de abrangência pelo que nem todas as gestantes aceitam realizar o pré-natal na UBS, muitas delas realizam com a mesma ginecologista que faz na Unidade. O puerpério tem uma cobertura de 92% e vemos que os indicadores de qualidade destes atendimentos são adequados, ficam todos em 100% pois todas recebem acompanhamento de qualidade. Há vários anos não ocorre mortes maternas na nossa comunidade.

Os médicos da ESF não realizam consulta de pré-natal e puerpério, mas temos informação da evolução. A enfermeira e os agentes comunitários nos informam das visitas domiciliares feitas, e nas reuniões de equipe discutimos qualquer problema detectado. Nós realizamos o atendimento das infecções agudas que aparecem nas grávidas e puérperas.

A respeito da atenção pré-concepcional considero que devemos trabalhar mais na melhoria, muitas mulheres buscam atendimento com a ginecologista, mas também nós médicos da equipe, aproveitamos as consultas para orientar sobre os métodos contraceptivos, os DIU são disponibilizados na UBS e a ginecologista faz a inserção. Fazemos encaminhamento para esterilização cirúrgica que é feita através do SUS no hospital do município. Mas o grupo que mais preocupa são as adolescentes por isso estamos fazendo atividades nas escolas e aproveitando estes espaços para falar acerca da planificação familiar como elemento fundamental para garantir uma família feliz. Também aproveitamos as consultas individuais e as visitas domiciliares, para orientar acerca do planejamento das gestações no momento mais propício.

Sobre a Atenção à saúde das crianças, no município a consulta de puericultura é realizada pelos médicos e é agendada pelas enfermeiras, agentes comunitários ou médico. Quando chegam na UBS são atendidos pela recepcionista e enviados para a enfermeira quem faz a triagem, verifica os sinais vitais, peso e estatura, essas informações são utilizadas para alimentar o SISVAN, e preencher a caderneta da criança e também se preenche o prontuário eletrônico onde fica esta informação para a consulta do médico. Sendo que não há consulta de enfermagem e nem grupos de puericultura. O teste de pezinho é realizado na UBS e a Triagem Auditiva Neonatal no HUSM. A vacinação é feita na UBS pela enfermeira

encarregada, o qual é feito com sucesso tendo os agentes comunitários um importante papel nesta atividade.

Para o preenchimento desta parte do caderno de ações programáticas realizamos reunião a cada 15 dias com os agentes comunitários de saúde, os quais têm conhecimento de tudo o que acontece com as crianças na sua área de abrangência. A cobertura e os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança estão adequados, isso é devido à preocupação deles, pois através de suas visitas controlam todo o atendimento das crianças, e também é devido ao adequado funcionamento do Programa Primeira infância Melhor no município.

Nós médicos da ESF também assistimos as crianças quando tem um problema de saúde agudo, isto não tem dificuldade na unidade, sempre que requeremos as mães trazem seus filhos para consulta e são atendidos de imediato, quando preciso referenciamos diretamente para HUSM com prévia coordenação pelo telefone. Aproveitamos o espaço da puericultura e as visitas domiciliares para insistir na importância do aleitamento materno, da incorporação dos alimentos de maneira adequada, se indica o sulfato ferroso como prevenção da anemia e falamos acerca da prevenção dos acidentes sendo essa uma das principais causas de morte nesta faixa etária. Devemos sinalizar que não existem mortes neste grupo no município faz vários anos.

Através do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) realiza-se acompanhamento das crianças até cinco anos, que não estão na Escola de Educação Infantil, existe o Programa Saúde na Escola que atinge todas as crianças matriculadas nas escolas. As famílias são orientadas para a promoção das habilidades e capacidades das crianças, considerando seu contexto cultural, suas necessidades e interesses, através de atendimentos semanais realizados nas casas das famílias e em espaços da comunidade. Ainda nos falta bastante para melhorar, mas estamos trabalhando dia a dia para garantir uma atenção de qualidade e um desenvolvimento e crescimento adequado para ter crianças fortes e saudáveis.

Em relação ao Controle de Câncer de colo de útero e de mama, na nossa UBS os programas de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, são levados fundamentalmente pela ginecologista, os médicos das equipes também realizam ações de promoção e apoio a pesquisa, existe uma enfermeira que dedica se à gestão e coordenação dos programas, mas a forma de registro dos dados não

permitiu o preenchimento desta parte do caderno de ações programáticas, realmente os dados que coloquei no caderno acho que não são fidedignos, por isso não posso fazer a avaliação da cobertura e os indicadores da qualidade da prevenção do câncer de colo de útero e mama.

As condições para realizar o exame citopatológico de colo uterino são adequadas e o rastreamento do câncer não é organizado, isto se deve à ausência de agentes comunitários na nossa área, e, portanto, é muito difícil ter todas as mulheres cadastradas, agora que estamos cadastrando toda a população e começamos a preencher todos os dados para ter um controle adequado de todas as mulheres desta faixa etária. Além disso, existem vários fatores que influenciam nos indicadores estatísticos, os dados das mulheres são colocados em um livro de registro, o qual está incompleto, porque as mulheres quando tem o resultado, nem todas mostram o mesmo ao médico da atenção básica, o ginecologista da área o levam ao ginecologista ou outro médico particular, apesar que a enfermeira lhe explica a importância do seguimento na UBS, também a troca frequente de médico na UBS tem influenciado na perda dos dados os quais não tem sido colocados no prontuário clínico. As mulheres que tem o exame citopatológico alterado são encaminhadas para o HUSM, mas não existe contra referência sobre seu seguimento.

Em relação ao controle do câncer de mama, o rastreamento é oportunístico, a enfermeira faz exame das mamas das mulheres quando fazem o exame citopatológico, também nas consultas o médico geral e a ginecologista fazemos o exame das mulheres compreendidas na faixa etária para o rastreamento do câncer de mama e para todas que apresentam alguma queixa nas mamas. Após atendimento na unidade básica de saúde são encaminhadas para realizar a mamografia sendo de fácil acesso, geralmente elas trazem os resultados a unidades.

E necessário trabalhar juntos para melhorar a qualidade do controle dos cânceres de colo uterino e mama buscando a eliminação das deficiências organizacionais. Devemos começar a implementação do SISCOLO e SISCAM, que ainda não é usado em nossa unidade, sistemas que facilitaram a organização e acesso aos dados. Devemos criar grupos específicos de mulheres para abordar os temas e acrescentar as ações de promoção e prevenção, conscientizar todos os

membros da equipe que a responsabilidade não é só da enfermeira e do médico, mas sim de todos, bem como das próprias mulheres. Atingir alta cobertura da população definida como alvo para que obter uma significativa redução da incidência de câncer do colo do útero e mama que ainda se encontra dentro das principais causas de morbimortalidade nesta faixa etária.

Em relação à Hipertensão arterial e diabetes, no município uma das causas mais frequentes de assistência, realizamos os atendimentos todos os dias da semana, e em ambos os turnos de trabalho. O atendimento é feito tanto por consulta agendada como por demanda espontânea, também fazemos atendimento dos problemas de saúde agudos devido à hipertensão e diabetes em qualquer momento que apareçam e sempre que necessário fazemos o encaminhamento para o hospital.

Considero que existe um sub-registro do cadastro dos usuários hipertensos pois só chegamos a 47% (403) da estimativa para a nossa população, a quantidade de usuários que comparece cada dia a consulta e refere antecedentes de HAS é muito maior que a estimativa que foi preenchida no caderno de ações programáticas, além disso a nossa população é envelhecida e esta doença é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis nesta faixa etária.

Ao analisar as estimativas de Diabetes, só encontramos 46% (113) mas sabemos que é muito maior o número de pessoas que sofre desta doença, considero que a cobertura ainda é baixa, também aqui influi o envelhecimento da nossa população, sendo a Diabetes uma doença frequente nas pessoas com idade avançada. Apesar de que o atendimento é feito com qualidade, os indicadores de qualidade são baixos, isto é, devido ao sub-registro que existe na coleta dos dados porque não há um sistema estatístico onde sejam obtidos os dados para fazer a avaliação.

Para melhorar a qualidade da atenção e a cobertura no atendimento destas doenças devemos implementar um método estatístico, onde sejam coletados os dados e permita fazer periodicamente uma avaliação do comportamento assim como um melhor acompanhamento aos usuários Hipertensos e Diabéticos, também é preciso a incorporação de uma nutricionista à equipe. Devemos aproveitar as possibilidades com a nossa educadora física para realizar ainda mais atividades com

este grupo de usuários e incorpora-los na prática do exercício físico e a joga terapia para melhorar a sua qualidade de vida.

Importante também desenvolver atividades de prevenção e promoção de saúde nas escolas e comunidades sobre a importância do controle das doenças, a prática da alimentação saudável e da atividade física na população em todos os grupos etários, para diminuir a incidência e as complicações destas doenças crônicas não transmissíveis que ficam dentro dos principais fatores de risco cardiovascular, doenças que ainda hoje, encontra-se, dentro das principais causas de morbimortalidade no Brasil.

A nossa equipe presta atenção a uma população de 3846 habitantes. Destes temos cadastrados até agora 368 idosos, o que corresponde a 9,6% da população, mas sabemos que este dado ainda não é o real, pois a estimativa do número de idosos residentes na área é de 13,6%. Atualmente a cobertura para o programa é de 70%.

Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa mostram que não há uma avaliação e monitoramento das ações aos idosos, estes indicadores não correspondem com a porcentagem de idosos que existe e com a elevada assistência desta faixa etária à consulta médica. No município foi implementada a caderneta da pessoa idosa, mas ainda não se faz um adequado uso dela, foi possível preencher os dados de idosos com avaliação multidimensional rápida, assim como com acompanhamento mais de 3 meses em atraso, mas estes dados não são totalmente confiáveis, sabemos que o cadastro não é exato. Existem cadastrados até agora 263 idosos com HAS e 87 com Diabetes mellitus, o que representa 72,8% e 23,64% respectivamente, há 278 com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice, representando 75%, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular existem 278 idosos, o que representa 75,4% e com avaliação de saúde bucal em dia 153 para 40,7%.

Temos vários grupos de idosos, que funciona mensalmente em cinco comunidades, são trabalhados temas sugeridos pelos participantes, orientações e atividades educativas, verificamos a pressão arterial, teste de glicose e entrega de medicação. Estes grupos são gerenciados pelos agentes de saúde, e contam com a participação da enfermeira e auxiliar de enfermagem e quando eles solicitam com a

nossa participação. Para os idosos acamados, temos programadas visitas domiciliares semanalmente e também sempre que é solicitada pela família aos agentes de saúde.

Ainda temos muito para fazer com as pessoas idosas para melhorar a qualidade do atendimento, é preciso aproveitar ainda mais os espaços do conselho municipal e da comunidade para realizar mais atividades que elevem a sua qualidade de vida. Devemos criar o estatuto do idoso, o qual permitirá uma atenção Inter setorial e planejada a este grupo populacional, também é necessário melhorar a utilização da caderneta do idoso em cada consulta ou visita, assim como criar uma forma adequada de coleta dos dados para avaliar sistematicamente os indicadores de saúde de esta faixa etária.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao estabelecer o paralelo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, consideramos que existe uma grande diferença entre o antes e o depois.

Penso que agora tenho uma ideia muito mais clara de qual é a verdadeira situação na unidade, e da ESF, quais são as limitações estruturais e de pessoal, o que temos e como podemos realizar as ações programadas.

Quando confeccionei o texto inicial apenas tinha experiência e conhecimento do funcionamento do SUS no país. A metodologia seguida pelo curso, o estudo dos documentos que foram fornecidos e a vivência no funcionamento da UBS, além das leis que regem o SUS, entre outros aspectos, permitiram realizar as mudanças necessárias para melhoria de nosso trabalho e garantia da qualidade do atendimento a toda comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

O envelhecimento é um processo que faz parte da própria vida, pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Hoje no mundo é uma realidade o aumento das pessoas de 60 anos e mais. No Brasil, nos últimos anos tem-se a tendência ao envelhecimento populacional como consequência da queda da fecundidade e da mortalidade e do aumento da esperança de vida, estima-se que atualmente existem mais de 17 milhões de idosos no país.

Os idosos formam um grupo populacional heterogêneo que apresentam características particulares, segundo sua história de vida, seu histórico ocupacional e sua independência funcional, a capacidade funcional decresce com idade, tornando o indivíduo frágil e com maior probabilidade de se tornar vítima da ação de um conjunto de problemas e doenças, por esse motivo, é imperativa a preocupação com a prevenção das doenças e das perdas funcionais.

O envelhecimento vem acompanhado da maior incidência de doenças crônicas o qual pode acarretar incapacidades e limitações na vida do idoso, mas é responsabilidade nossa tratar para mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Neste contexto, o conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, corrobora trazendo que este processo depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. Por tanto o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo deste presente trabalho.

Existem cadastrados até agora na nossa ESF 263 idosos com HAS e 87 com Diabetes mellitus, o que representa 72,8% e 23,64% respectivamente. Há 278 idosos com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilidade na velhice, representando 75%, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular existem 278 idosos, o que representa 75,4% e com avaliação de saúde bucal em dia 153 ou 40,7%.

Temos grupos de idosos, que funcionam mensalmente em 5 comunidades, são trabalhados temas sugeridos pelos participantes, orientações e atividades educativas, é verificado a pressão arterial, teste de glicose e entrega de medicação. Estes grupos são gerenciado pelos agentes de saúde, a contam com a participação da enfermeira e auxiliar de enfermagem e quando eles solicitam com a nossa participação.

Para os idosos acamados, temos programadas visitas domiciliares semanalmente e também sempre que é solicitada pela família ou agentes de saúde. Considero importante realizar esta intervenção, pois apesar de já existirem implementadas algumas ações para este grupo populacional e os espaços do conselho municipal, o estatuto do idoso, a caderneta do idoso e realizam-se atividades comunitárias, estas não são efetivas e com a qualidade requerida, e agora temos alcançado um maior envolvimento da equipe de saúde para trabalhar. Temos ainda algumas dificuldades como o déficit de agentes o qual já vai se resolver, pois foi aprovado ampliar o número de agentes para a nossa equipe, outra limitante é a falta de capacitação e que não contamos com a quantidade suficiente da caderneta do idoso, mas foi solicitada uma capacitação e o número necessário de cadernetas.

Contamos com o apoio da secretaria de saúde, a prefeitura e os componentes da UBS para a implementação de nosso trabalho. Esperamos garantir uma atenção cada vez melhor para elevar a qualidade de vida de nossos idosos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à Saúde do Idoso na ESF da Sede no município Faxinal do Soturno, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Essa intervenção está estruturada para ser desenvolvido no período de dezesseis semanas na Unidade de Saúde no Município de Faxinal do Soturno, Rio Grande do Sul.

Participarão da intervenção todos os idosos (maiores de 60 anos) residentes na área de abrangência. Será utilizado como base para ações o protocolo do Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica nº19 Envelhecimentos e Saúde da Pessoa Idosa de 2006.

O cadastro será realizado de acordo com os instrumentos preconizados pelo curso como a ficha espelho e a planilha do controle de idosos, além disso, utilizaremos os prontuários eletrônicos dos usuários e a caderneta dos idosos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Monitoramento e Avaliação: Criar arquivo para o registro específico de atendimento dos idosos e fazer análise da cobertura nas reuniões da equipe.

Organização e Gestão do Serviço: As enfermeiras e técnicas de enfermagem realizarão o acolhimento na recepção e na triagem, os agentes comunitários de saúde serão os responsáveis pelo cadastramento de todos os idosos e atualização dos dados do SIAB mensalmente.

Engajamento Público: Criar o conselho de idoso para conscientizar todos os atores sobre a importância de realizar uma abordagem integral a estes usuários e envolver toda a comunidade nesta ação. Acrescentar por parte dos membros da equipe o número de palestras durante o funcionamento dos grupos de idoso nas comunidades sobre o Programa de Atenção ao Idoso.

Qualificação da Prática Clínica: Planejar capacitações com a responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, local).

Detalhamento: Estas ações serão da responsabilidade do médico e da enfermagem, quem vão garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Além disso, estabeleceremos semanalmente quais atividades serão feitas por cada um dos integrantes da equipe. Todos os ACS vão ser responsáveis pelo preenchimento dos dados iniciais das fichas espelhos de seus idosos, assim como participarão na maioria das avaliações multidimensionais realizadas pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos trimestral em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermagem vão a fazer a revisão mensal dos prontuários e das cadernetas dos idosos visitados e nas consultas, para comprovar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e a atualização das mesmas. Também esta avaliação será preenchida dentro das fichas espelhos dos idosos, anexando a mesma a cada prontuário na primeira consulta que este receber.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Ação: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS em conjunto farão grupos de idosos, onde ofereceremos aulas para a comunidade falando da importância destas avaliações, esclarecendo aos usuários e seus familiares que a mesma é um direito que eles têm e que deve ser feita com periodicidade. As mesmas serão feitas mensalmente no âmbito da UBS em escolas, igrejas e clubes.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Ação: Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Estas ações vão ser feitas pelo médico e outros profissionais do NASF, onde faremos ênfases na aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e sobre o encaminhamento dos casos que necessitem de avaliações pelo especialista, conseguindo assim que toda a equipe tenha um maior conhecimento dos parâmetros para identificar os problemas destes usuários. Todas estas informações serão preenchidas na ficha espelho.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermagem definirão semanalmente as atividades que serão realizadas pelos membros da equipe. O médico e o pessoal da triagem, além de aqueles envolvidos no acolhimento inicial, garantirão a realização do exame clínico completo, incluindo a estratificação do risco (Índice de Framingham e as lesões de órgãos alvos), assim como a presença de alterações nos pés, fragilidade na velhice, e as orientações feitas. As mesmas serão registradas na ficha espelho.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico e a enfermagem detectarão semanalmente os idosos que não realizaram o exame clínico e os ACS farão a busca ativa dos mesmos.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades e outros problemas que precisem ser avaliados pelo especialista.

Detalhamento: O médico e a enfermagem em conjunto com o gestor de saúde familiar no município, desenvolverão esta ação. A mesma vai depender muito do gestor, já que estas especialidades são muito difíceis de agendar vagas neste Estado.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e novas pesquisas ativas destas doenças.

Detalhamento: Vamos criar na nossa agenda semanal, um dia para o atendimento exclusivo dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, assim como os doentes já identificados e cadastrados.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico realizará a avaliação mensal da realização do exame clínico apropriado nos idosos acompanhados pela UBS através da revisão dos prontuários e das fichas espelhos anexados aos mesmos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre a importância de conhecer os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas assim como da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. As mesmas acontecerão de forma mensal no âmbito da UBS e contarão com a participação dos familiares dos idosos, que serão aqueles que poderão alertar a nossas equipes sobre alguma alteração no usuário.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico, de forma mensal, mediante palestras de atualização sobre o atendimento dos idosos e a realização do exame clínico detalhado, além do preenchimento dos dados em prontuários e fichas espelhos.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Ação: Garantir com o gestor municipal a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico e o gestor municipal serão os responsáveis pela solicitação e a realização dos exames complementares do protocolo que serão realizados pelo menos uma vez semestral. Serão solicitados na primeira consulta, nas visitas domiciliares e em todas as ações de saúde.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: As enfermeiras, as técnicas de enfermagem em conjunto com os ACS farão um levantamento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados trimestralmente.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida por toda a equipe para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão grupos de idosos, palestras e dinâmicas de grupo para a comunidade sobre a importância da realização de exames complementares periódicos. Estas atividades serão feitas de forma mensal no âmbito da UBS e em outras instituições. Será esclarecida a necessidade de fazer os exames nos primeiros quinze dias após a primeira consulta ou visita domiciliar, onde estes serão solicitados pelo médico, sendo os mesmos reavaliados em um período máximo de 3 meses.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico, de forma mensal, mediante palestras de atualização sobre a importância da realização dos exames complementares e sobre o cumprimento da periodicidade com que estes devem ser realizados.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O mesmo será realizado de maneira mensal pela técnica em farmácia. As necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS serão atualizadas pelos ACS de maneira trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: A técnica de farmácia em conjunto com a enfermagem e o médico farão o levantamento quinzenal do abastecimento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia tendo em conta o número de usuários que utilizam

estas medicações. Além disso, será refletida no prontuário, na caderneta do idoso e na ficha espelho, qualquer mudança que exista no tratamento.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter a medicação que eles precisam.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico que fará mensalmente palestras de atualização sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes, além de capacitar os mesmos sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os ACS são os responsáveis de manter o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o registro será atualizado de forma trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: A enfermagem e o médico monitorarão os idosos acamados ou com problemas de locomoção tendo em conta a estimativa de 8% dos idosos da área de abrangência. Para isso, faremos o seguimento de nossos idosos baseados

nas fichas espelho e nas datas de visita domiciliar previamente pautadas com os ACS, agendando as áreas a visitar por semana, contando com o prévio aviso a nossa comunidade.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e sobre o atendimento domiciliar do mesmo.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e a possibilidade de acompanhamento para usuários que precisem atendimento domiciliar, assim como a necessidade que a equipe tem do apoio de toda a comunidade para realizar uma ótima intervenção. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e outras instituições perto da comunidade.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: A enfermagem fará a capacitação mensal dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência e como programar as visitas domiciliares com a equipe e com o NASF, dependendo do planejamento mensal e da gravidade do caso em questão.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A equipe tem um caderno onde escreverá as principais ações e problemas surgidos nas visitas domiciliares aos idosos acamados, além de oferecer o atendimento médico para os usuários com problemas de locomoção. O cumprimento da agenda será refletido na ficha espelho pela frequência de visita domiciliar, onde a mesma poderá ter variações, dependendo da gravidade do usuário.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A enfermagem e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção sendo os ACS responsáveis do planejamento das mesmas. O agendamento e monitoramento das mesmas serão descritas nas fichas espelho e nos prontuários de visita domiciliar.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A enfermagem fará a capacitação mensal dos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: Para isso vamos a garantir o material adequado para a realização da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Todas as equipes da UBS aumentarão o número de vagas na consulta de Hiperdia e planejam de maneira semanal um número de

vagas por dia para o atendimento dos idosos portadores de HAS. Os responsáveis serão os médicos, enfermagens e o resto do pessoal das equipes.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os números idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.

Detalhamento: Mensalmente será feito o rastreamento dos idosos para HAS a traves da revisão dos prontuários e fichas espelho assim como pela busca ativa dos mesmos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, além de orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, além da sensibilização da nossa população sobre a importância da vigilância ativa dentro de suas comunidades de possíveis fatores de risco modificáveis.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável de fazer a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem, sobre a técnica de verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: Garantiremos o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Para garantir esta meta todas as equipes da

UBS aumentarão o número de vagas na consulta dos diabéticos e planejaram de maneira semanal um número de vagas por dia para o atendimento dos idosos portadores de Diabetes. Os responsáveis serão os médicos e a enfermeira.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente.

Detalhamento: Com periodicidade mensal será feito o monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial ou Diabetes Mellitus mediante a ficha espelho e os prontuários.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, orientando também a familiares e comunidade em geral sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: A enfermeira fará a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem sobre como fazer o hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Para garantir o cumprimento desta meta todas as equipes da UBS, terão que organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, fazendo o cadastro dos mesmos para tentar oferecer atendimento prioritário aos idosos em outra unidade de saúde, já que não temos cadeira odontológica na nossa UBS e o nosso único odontólogo trabalha em outra UBS longe da nossa.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: O mesmo será feito pelo técnico em odontologia e pelo Odontólogo. O médico em conjunto com a equipe monitorará a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, cobrando a realização dos prontuários de saúde bucal.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: Pediremos que pelo menos o técnico em odontologia faça a capacitação para a equipe, sobre a necessidade tratamento odontológico em idosos, para detectar as principais doenças a ser tratadas.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar o acolhimento aos idosos a ser atendidos na unidade de saúde vizinha.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos de conjunto com o odontólogo da UBS que trabalha fora da mesma.

Ação: Garantir que nossos idosos recebam um atendimento prioritário dentro da UBS vizinha.

Detalhamento: Para garantir esta meta todas às equipes da UBS, terão a tarefa de organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde vizinha além de monitorar a utilização de serviço odontológico por parte dos idosos, oferecendo atendimento prioritário aos idosos pelo odontólogo da UBS mesmo que este trabalhe em outra UBS, já que a nossa não tem condições para fazer este tipo de atendimentos. Os usuários deverão se locomover até a UBS vizinha que fica um pouco longe de nossa área, que é onde poderão receber atendimento odontológico por parte deste pessoal.

Os mesmos serão encaminhados mediante uma folha de referência e contra referência sendo o técnico odontólogo o responsável do acolhimento dos mesmos na UBS vizinha. Acordaremos com o gestor para que disponibilize pelo menos um técnico em saúde bucal para trabalhar em nossa UBS, assim como um dia para o atendimento de nossos usuários em a UBS vizinha onde trabalha nosso odontólogo. O médico em conjunto com o odontólogo, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas aos idosos e o tempo médio das mesmas.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: O Odontólogo da UBS de conjunto com o médico e com a equipe monitorará o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico dentro da UBS vizinha, atualizando o cadastro dos mesmos nas fichas espelhos e nos prontuários odontológicos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem os ACS, assim como o odontólogo que trabalha na UBS vizinha, farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a

comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. O intercâmbio com a população oferecerá outras estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo de atendimento odontológico.

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Ação: Capacitar os ACS para captação destes idosos.

Detalhamento: O odontólogo que trabalha na UBS vizinha, mas pertencesse a nossa UBS, fará a capacitação mensal para a equipe sobre como realizar o acolhimento do idoso de acordo com protocolo, e como fazer o cadastramento a identificação e o encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico, além de capacitar os ACS para a captação de idosos.

Monitoramento e Avaliação: Através de consultas agendadas o médico garantirá o atendimento adequado a estes usuários, segundo o estabelecido no programa, todos os dados das consultas ficarão no prontuário eletrônico para fazer avaliação da qualidade do atendimento a estes usuários, solicitará exames em correspondência com a doença do paciente, controlará o uso dos medicamentos através da carteira dos medicamentos e o controle que leva a farmacêutica, nas reuniões da equipe serão planejadas as visitas domiciliares aos idosos acamados e com dificuldades na locomoção, as quais serão feitas por todos os membros da equipe.

Organização e Gestão do Serviço: A unidade possui todas as condições necessárias para garantir uma consulta adequada aos idosos, pois os mesmos têm prioridade nas consultas agendadas para que não tenham que aguardar muito tempo de espera, a consulta odontológica também é por agendamento e os exames laboratoriais são feitos duas vezes por semana na unidade, nas reuniões da equipe serão discutidas as dificuldades que afetam o atendimento a estes usuários.

Engajamento Público: Planejar palestras nas comunidades, nas quais sejam tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que serão desenvolvidos com palestras mensais.

Qualificação da Prática Clínica: Planejar uma capacitação com o responsável

do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe no mês de janeiro.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Monitora-se através dos registros nas fichas espelho, as quais ficarão em um arquivo para o registro específico de atendimento dos usuários idosos, será feito pela enfermeira a qual fará análises da cobertura nas reuniões da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Planejar nas reuniões da equipe as visitas aos faltosos, assim como o agendamento aos idosos provenientes das buscas domiciliares, sendo os ACS os responsáveis pela busca ativa.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Planejar palestras nas comunidades, nas quais serão tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente, serão feitas por todos os membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Planejar ações de capacitação aos ACS pelo médico e a enfermeira

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: A enfermeira realizará o monitoramento da qualidade dos registros aos idosos através da revisão semanal da ficha espelho e dos prontuários.

Solicitar a coordenadoria a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para iniciar sua implementação no município.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na

realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Garantir através dos dados do prontuário eletrônico e as informações que aportam os ACS, a atualização do SIAB.

A enfermeira realizará o monitoramento da qualidade dos registros dos atendimentos aos idosos.

O Gestor Municipal solicitará à coordenadoria a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para iniciar sua implementação no município.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento: Serão feitas palestras nas comunidades, nas quais sejam tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente, sendo responsável todos os membros da equipe.

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: O médico fará capacitações sobre o preenchimento dos registros necessários, o qual será feito na primeira semana da intervenção.

Planejar capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta: 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta: 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% **das pessoas idosas.**

Meta: 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Garantir através das consultas e visitas domiciliares a monitorização aos usuários idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente

Detalhamento: Através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, técnica de enfermeira e enfermagem são identificados os usuários de maior risco, os quais são discutidos nas reuniões da equipe semanalmente nas quais são planejadas as visitas a realizar pelo médico, estabelecendo uma ordem de prioridade segundo o risco de morbimortalidade e fragilização, assim como as visitas domiciliares aos idosos com rede social deficiente.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Ação: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Planejar palestras nas comunidades, nas quais sejam tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Planejar capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta: 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta: 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Ação: Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupo com idosos se monitorizarão e serão avaliadas as orientações feitas sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular para todos os idosos cadastrados no programa, as quais serão feitas por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Planejar nas reuniões da equipe as ações de promoção a desenvolver por membro.

Fortalecimento dos grupos do Hipertenso, Diabéticos, Convivência e Ginástica em parceria com o CRAS.

O médico juntamente com a enfermeira demandará do gestor a participação de educador físico do município para garantir a realização de atividade física no grupo dos idosos.

Planejar consultas agendadas aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações:

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Planejar palestras nas comunidades, com a participação do odontólogo e a técnica de assistência odontológica, nas quais sejam tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente. Também trataremos dos temas em momentos de visitas domiciliares de modo a alcançar os cuidadores e familiares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira”.

Ação: Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: O Gestor Municipal planejará capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe, realizar ações de capacitação pelo médico e enfermeira aos membros da equipe, assim como ações da capacitação com outros profissionais como Educadores Físicos, Nutricionistas, Psicólogos para ampliar a preparação dos membros da equipe nestes temas.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80 %.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade

de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade nas consultas aos pacientes diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Denominador: número de idosos cadastrado

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: número de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: número de idosos hipertensos rastreados para diabetes.
Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% da pessoa idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: número de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.
Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social em dia.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporções de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporções de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso a equipe vai a adotar como protocolo para nortear as ações, o Caderno de Atenção Básica nº19 Envelhecimentos e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, 2006.

Utilizaremos os prontuários, as Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e as fichas espelho fornecidas pelo curso para registrar as ações desenvolvidas nos atendimentos.

Para coletar os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira irão elaborar um livro para registro de todos os idosos consultados o qual permita anotar problemas atuais de saúde, medicamentos em uso e dosagem, estado vacinal, exames clínicos laboratoriais, avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, indicadores de fragilização existentes, orientação para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular, consultas em atraso.

Os dados serão obtidos nas consultas as quais podem ser agendadas por demanda espontânea e nas visitas domiciliares que fazemos semanalmente junto aos agentes comunitários e à técnica de enfermagem. Vamos a planejar quatro consultas agendadas diariamente mais os casos que aparecerem como demanda espontânea, além das visitas semanais nas quais se planejam quatro ou cinco casos, a depender da zona em que moram as pessoas.

Será realizada uma capacitação para os agentes comunitários e técnica de enfermagem para o preenchimento da ficha espelho e a caderneta do idoso, para tanto, já contatamos com o gestor municipal que irá providenciar as cadernetas necessárias sendo que não há dificuldades para os recursos necessários para o desenvolvimento da intervenção, tais como folhas, transporte, impressão das planilhas.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consultas médicas, odontológicas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário fará busca ativa dos em atraso e agendará consulta para um horário de conveniência do idoso e da família.

Eu, como coordenadora da intervenção farei a revisão dos prontuários e planilhas com apoio da enfermeira e da equipe e conduzirei o debate sobre o

assunto nas reuniões de equipe. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O acolhimento será feito diariamente por todos os profissionais, começando na recepção e continuando na sala de triagem onde a enfermeira afere os sinais vitais incluída HGT para os diabéticos, e após é encaminhado para atendimento médico. Os agentes comunitários atualizarão mensalmente o cadastro e as informações do SIAB, os quais serão discutidos nas reuniões da equipe.

O médico e a enfermeira serão os responsáveis para propor ao gestor municipal a discussão no Conselho Municipal do Idoso sobre a intervenção, para isto se realizará uma palestra pelo o médico e enfermeira neste contexto.

A enfermeira será a responsável de propor ao gestor municipal a coordenação de uma capacitação, relacionado ao tema, com o responsável do programa na coordenadoria regional, para que seja feita no município a todos os membros da equipe no primeiro mês da intervenção. O médico e a enfermeira farão ações de capacitação para os ACS todas as semanas nas reuniões da equipe. O médico realizará o atendimento aos idosos, segundo os requerimentos do programa, em todas as consultas feitas na unidade básica, assim como nas visitas domiciliares, os dados serão coletados no livro de registro e analisados nas reuniões da equipe. Todos os membros da equipe farão visitas domiciliares, segundo o planejamento para cada acamado ou com dificuldades na locomoção, as mesmas serão feitas semanalmente pelo médico e demais membros da equipe. Os ACS agendarão diariamente quatro consultas para os idosos, além dos atendimentos em demanda espontânea. Semanalmente são planejadas, nas reuniões da equipe, as visitas domiciliares que serão feitas pelo médico aos idosos acamados ou com dificuldade na locomoção. Planejar semanalmente ações de promoção para acrescentar a assistência dos idosos a primeira consulta odontológica, as quais serão realizadas pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem e os agentes comunitários.

O médico e a enfermeira realizarão mensalmente palestras em relação ao tema, as quais serão planejadas nas reuniões da equipe. A enfermeira fará a coordenação com o responsável da rádio comunitária do município para abordar semanalmente estes temas com a participação de um membro da equipe. O médico será o responsável da criação do registro e semanalmente fará a análise da cobertura na reunião da equipe.

O médico e enfermeira informarão semanalmente, nas reuniões da equipe, os idosos faltosos para que sejam visitados por seu agente comunitário e agende

consulta com o médico. Serão planejadas, nas reuniões da equipe, palestras em relacionamento com os temas, as quais serão realizadas por todos os membros da equipe. O médico e a enfermeira realizarão mensalmente o monitoramento da qualidade dos registros aos idosos. A enfermeira será a responsável da solicitação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O médico será o responsável de preencher todos os dados do prontuário eletrônico para que sejam utilizados na atualização do SIAB, assim como os agentes comunitários farão mensalmente a atualização destes dados. O médico e a enfermeira realizarão mensalmente o monitoramento da qualidade dos registros aos idosos. A enfermeira será a responsável da solicitação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Serão planejadas, nas reuniões da equipe, palestras em relacionamento com os temas, as quais serão realizadas por todos os membros da equipe. A enfermeira realizará a coordenação para a capacitação nestes temas a todos os membros da equipe, para que seja feita no município no mês de novembro.

O médico realizará o atendimento aos idosos, segundo os requerimentos do programa, em todas as consultas feitas na unidade básica, assim como nas vistas domiciliares, os dados serão coletados no livro de registro e analisados nas reuniões da equipe.

Todos os membros da equipe farão visitas domiciliares, segundo o planejamento para cada idoso acamado o com dificuldades na locomoção, as mesmas serão feitas semanalmente pelo médico e diariamente pelos demais membros da equipe.

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Diante da realização do trabalho foram desenvolvidas todas as ações previstas no projeto, tivemos facilidades com a maioria delas, pois contamos com o apoio da prefeitura, secretaria de saúde e de toda a equipe.

Algumas foram cumpridas parcialmente, por exemplo, começamos sem ter caderneta do idoso para todos, afetando a qualidade dos atendimentos, pois muitos deles não conheciam suas doenças ou os remédios que tomavam, mas pelas gestões feitas e com apoio da coordenadoria regional de saúde foram obtidas algumas cadernetas, sendo possível o atendimento de uma porcentagem elevada de idosos com a caderneta preenchida ao terminar a intervenção.

Outra dificuldade foi o atendimento odontológico, que estava afetando a assistência às consultas, assim tivemos que acrescentar as ações na saúde bucal com o objetivo de esclarecer a importância do atendimento odontológico sistemático para prevenir o câncer bucal e outras doenças bucais.

O restante das ações previstas foi cumprido integralmente. À medida que o acolhimento dos idosos era feito, se falava sobre temas de saúde, depois era feito a triagem onde a técnica de enfermagem e a enfermeira fazia o controle de peso, PA, teste de glicose e logo encaminhavam para consulta médica para o exame clínico e avaliação do risco com solicitação dos exames laboratoriais. Durante a consulta o médico também fazia orientações individuais sobre hábitos alimentares, saúde bucal, prática de exercício físico e sobre o uso adequado dos medicamentos.

Além das atividades habituais na consulta, tais como anamnese, exame físico, escrever no prontuário, tínhamos que preencher a planilha de coletas de dados. Fizemos alguns testes para o preenchimento da mesma, mas foi resolvido

com as conversas com cada usuário explicando a importância da intervenção, assim com as habilidades adquiridas no transcurso da mesma.

Foram incorporados ao programa 332 idosos, com 86,2% de cobertura de atenção. Apesar da grande quantidade de idosos avaliados não foi possível atingir a meta programada devido à redução do tempo da intervenção. Todos os idosos tiveram avaliação multidimensional rápida, exame clínico e solicitação de exames complementares periódicos em dia e a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada para a maioria.

Todos os idosos tiveram aferição da pressão arterial na última consulta, e todos os idosos hipertensos foram rastreados para diabetes. Só tivemos 11 faltosos sendo que todos receberam busca ativa.

As atividades de avaliação de risco para mobilidade, fragilização na velhice e rede social em dia foram feitas em todos os idosos, também as relacionadas com orientação nutricional para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal tiveram um comportamento favorável.

O mais gratificante e relevante do trabalho é que conseguimos o seguimento sistemático desses idosos, permitindo fazer atividades de promoção e prevenção em equipe para assim manter controladas suas doenças e evitar as complicações, também foi possível levar informações para a população quanto à importância da abordagem integral aos idosos, uma vez que moramos em uma cidade envelhecida da região. Ressalto que temos conseguido motivar e mobilizar as autoridades do município em relação a esta questão.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não tivemos ações que não foram desenvolvidas

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação a este aspecto não encontramos dificuldades, os instrumentos fornecidos pelo curso foram claros e de muita utilidade. Contávamos com as ferramentas necessárias e informatização tanto da unidade como de uso pessoal. O cálculo dos indicadores foi feito automaticamente na planilha de coleta de dados o que favoreceu consideravelmente o trabalho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto já formam parte da rotina de trabalho. Continuaremos preenchendo a ficha espelho até completar a totalidade dos idosos, manteremos as visitas domiciliares programadas semanalmente bem como o agendamento dos idosos.

O atendimento odontológico continuará priorizado assim como a educação permanente dos profissionais nas reuniões de equipe para as atividades de promoção e prevenção serão continuadas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS da Sede que possui duas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), as quais assistem a todo o município. A intervenção destinada a 385 idosos segundo a estimativa para o nosso território de abrangência, estava prevista para acontecer em 16 semanas, porém, devido ao período de férias dos especializandos, a coordenação do curso autorizou a redução para 12 semanas.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Apesar de a intervenção ter sido reduzida para 12 semanas, foi possível alcançar e superar a meta. Realizamos várias ações para cumprir com a meta proposta e como mostra o gráfico no primeiro mês avaliamos e cadastramos 74 usuários correspondendo 19.2% de cobertura, neste resultado influenciou fundamentalmente que ao iniciar a intervenção os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) recém-incorporados, apenas estavam começando suas visitas e isto afetou o fluxo de usuários à UBS.

Nas análises feitas nas reuniões da equipe decidimos acrescentar o número de agendamentos diários, assim como as visitas dos ACS para chamar aos usuários à consulta, sendo esta uma das ações de maior resultado, obtendo 190 usuários (49.4%) no segundo mês e no terceiro mês para obter a maior cobertura possível aproveitamos alguns dias das folgas para fazer visitas domiciliares, assim como a campanha de vacinação para avaliar usuários, com isso acrescentamos os

atendimentos avaliando 332 usuários e finalizando a intervenção com 86.2% de cobertura.

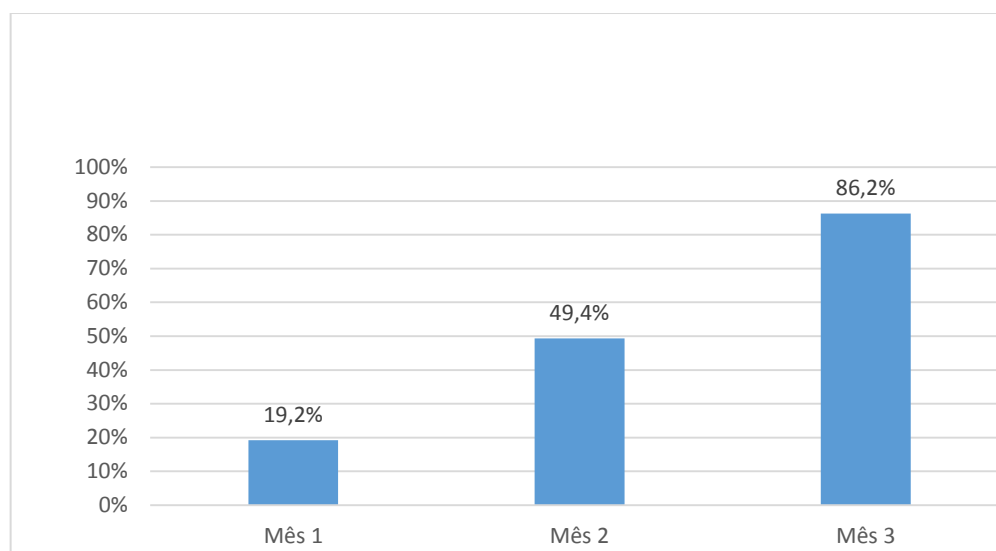


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF da Sede, Faxinal do Soturno.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

O cumprimento deste indicador não teve dificuldades. Durante os três meses da intervenção foi possível realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês.

Esse ótimo resultado deve-se às boas condições de trabalho que existem na unidade, onde temos todos os recursos necessários para o atendimento de qualidade, contamos com informatização de toda a unidade que permite o uso do prontuário eletrônico e junto a planilha de coleta de dados usada na intervenção facilitou a coleta dos dados, também na sala de triagem e a sala de consulta médica temos o equipamento adequado para realizar uma avaliação com qualidade, tais como esfigmomanômetro, estetoscópio, balanças.

A ação que mais auxiliou neste resultado foi o conhecimento que foram obtendo cada um dos profissionais diante as atividades de capacitação e

atualização o que permitiu ter clareza de suas funções no atendimento aos usuários desta faixa etária e assim poder garantir o acolhimento com qualidade que em nossa unidade é feito por todos os trabalhadores desde que o paciente entra pela porta.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Como foi descrito no indicador anterior, além das boas condições e recursos de trabalhos adequados que possui a UBS, conseguimos realizar o exame clínico apropriado em dia a 100% dos usuários em todos os meses da intervenção, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês.

Essa avaliação foi possível graças ao sistema de consultas agendadas que estabelecemos desde o início da intervenção, pois antes da nossa chegada todo o atendimento era feito por demanda espontânea e os usuários costumavam enfrentar filas desde cedo o qual não motivava a assistência às consultas e causava queixas. Com o agendamento os usuários ficam mais motivados, há menos faltosos e a consulta é desenvolvida com mais qualidade.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A proporção de idosos com solicitação de exames complementares periódicos foi de 100 % durante os 3 meses de trabalho, sendo 66 no primeiro mês, 162 no segundo e 255 no terceiro mês.

Utilizamos no seguimento aos usuários hipertensos e diabéticos os protocolos para estas doenças que existem no Brasil, os quais estabelecem a periodicidade de solicitação de exames. Além disso, nosso município garantia a realização destes exames aos usuários segundo as indicações do médico da atenção básica.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Na UBS existe uma farmácia e o município possui uma farmácia Popular que oferece os medicamentos aos usuários, apesar destas facilidades o indicador não foi cumprido em 100%, já que temos um reduzido número de usuários que são atendidos por médicos particulares ou outros especialistas como Cardiologistas que não preconizam o uso dos medicamentos do SUS, estes profissionais falam para eles que os medicamentos das farmácias populares não são bons. Além disso, temos usuários idosos sem doenças crônicas que não usam nenhum tipo de medicamento.

Observa-se no gráfico que no primeiro mês somente quatro idosos deixaram de usar medicamentos da farmácia popular alcançando 70 (94,6%) dos idosos com o uso dos mesmos, no segundo mês foram 166 (87,4%) os que usaram e ao finalizar a intervenção 259 (78%) dos idosos assistidos estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

O controle do uso dos medicamentos é feito através do registro no prontuário, na carteira dos medicamentos e pelo programa computadorizado que existe na farmácia da UBS. Diariamente o médico, a farmacêutica e os demais profissionais incentivam o uso dos medicamentos preconizados pelo SUS e explicam aos usuários sobre a mesma eficácia que têm em relação aos outros não usados nas farmácias populares.

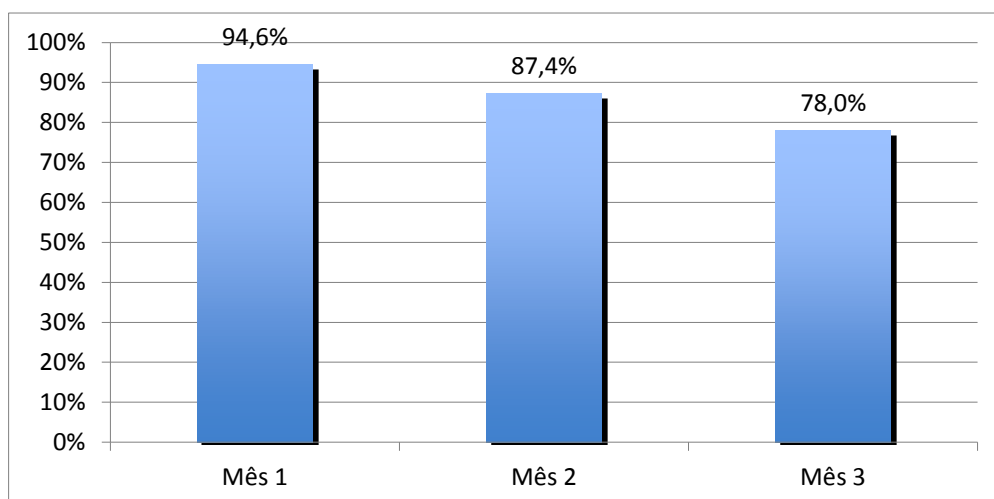


Figura 2: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF da Sede, Faxinal do Soturno.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Ao iniciar a intervenção não conhecíamos a quantidade correta de idosos acamados ou com problemas de locomoção, por isso trabalhamos com a estimativa.

No primeiro mês dos 31 estimados avaliamos 15 totalizando 48.4% do estimado, no segundo mês as visitas domiciliares aumentaram e chegamos a 27 totalizando 87.1% do estimado. Ao longo da intervenção o trabalho foi sendo ampliado e o número de cadastrados foi superior ao estimado, finalizando o terceiro mês com 46 usuários cadastrados totalizando 100%.

Conhecer a realidade dos usuários com estas dificuldades foi possível graças ao trabalho desenvolvido pelos ACS, os quais fizeram o cadastro com muita qualidade.

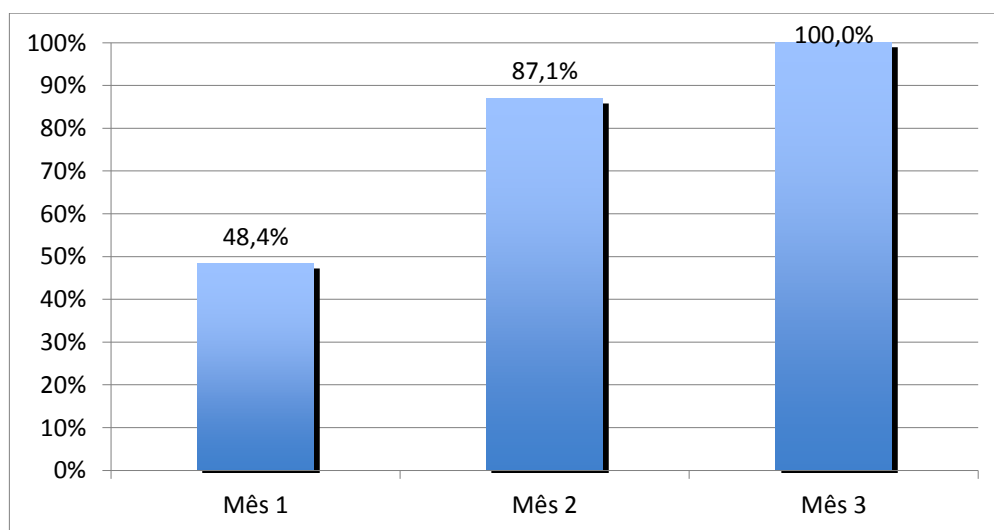


Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na USF da Sede, Faxinal do Soturno.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Ao longo da intervenção realizamos visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sendo 15 no primeiro mês, 27 no segundo e 46 no terceiro mês.

Esse resultado foi possível devido a organização do trabalho da nossa equipe, pois uma tarde semanal o médico faz visita domiciliar com a técnica de

enfermagem e o ACS. As visitas são planejadas nas reuniões da equipe e a ESF tem um transporte que permite cumprir com o cronograma de visitas.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Nos três meses da intervenção todos os idosos (100%) foram rastreados para HAS, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês, graças ao fato de que trabalhamos com os protocolos do Ministério da Saúde para estas doenças e temos garantidas todas as condições e recursos necessários.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Nos três meses da intervenção foram rastreados 100% dos usuários para Diabetes Mellitus, sendo 63 no primeiro mês, 153 no segundo e 245 no terceiro mês.

Atingir a meta foi possível sendo possível devido às boas condições para realizar a consulta, com material para hemoglicoteste, assim como o apoio do laboratório para fazer os exames para o diagnóstico desta doença segundo o estabelecido pelos protocolos.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Antes da intervenção 143 (40,7%) dos idosos tinham avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Infelizmente não alcançamos a meta proposta, pois no primeiro mês 30 (40,5%) idosos foram avaliados, com o avanço da intervenção o número de cadastrados foi aumentando, mas a porcentagem dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico não teve muito avanço. Atribuímos isso às dificuldades de atendimento com odontólogo que existe na UBS.

No segundo mês alcançamos 78 (41,1%) idosos e no terceiro 164 (49,4%) de idosos avaliados. Apesar da baixa cobertura de atendimento odontológico alcançada, temos que dizer que ao fazer o paralelo com os dados antes da intervenção houve melhorias graças às ações desenvolvidas, acrescentamos as

palestras em relação ao tema as quais foram realizadas pelo odontólogo e a técnica de atenção odontológica. O odontólogo ficou mais articulado e integrado à equipe, participando das reuniões de análises dos indicadores.

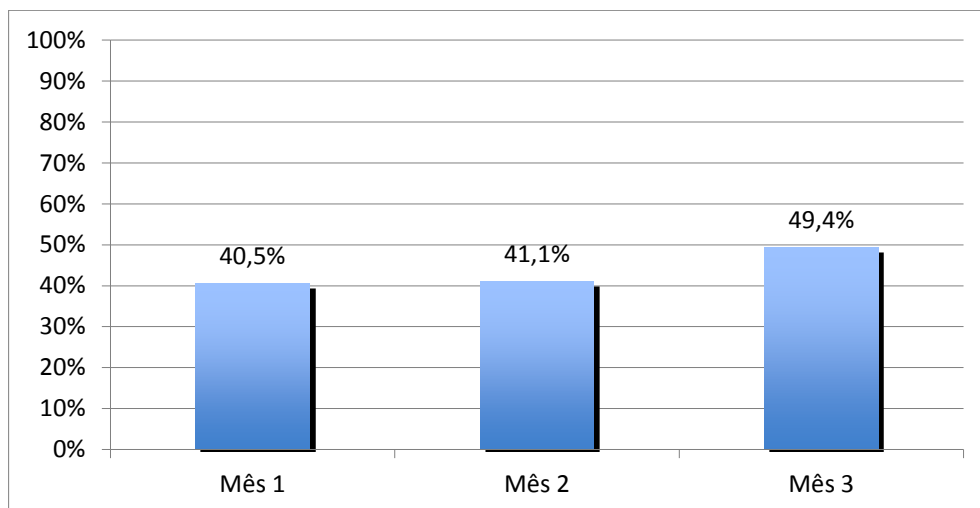


Figura 4: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF da Sede, Faxinal do Soturno.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Antes da intervenção não foi possível calcular o número de usuários idosos com a primeira consulta odontológica, pois era tanto baixo que não permitia calcular a porcentagem.

Apesar de não ter cumprido com a meta proposta tivemos um grande avanço, o qual demandou muito trabalho, e foram feitas nas primeiras consultas odontológicas na totalidade dos usuários que foram avaliados com necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês alcançamos 30 idosos (40.5%), no segundo mês 78 (41.1%) e no terceiro mês 164 (49,4%) idosos realizaram a primeira consulta odontológica.

Esse acréscimo está relacionado a todas as atividades de promoção e prevenção feitas por todos os membros da equipe com o objetivo de eliminar o preconceito que tem os usuários idosos que acreditam que não precisam deste atendimento e graças às ações realizadas estamos conseguindo mudar seus

pensamentos quanto a importância da higiene bucal e do atendimento odontológico para prevenir muitas doenças entre elas o câncer bucal.

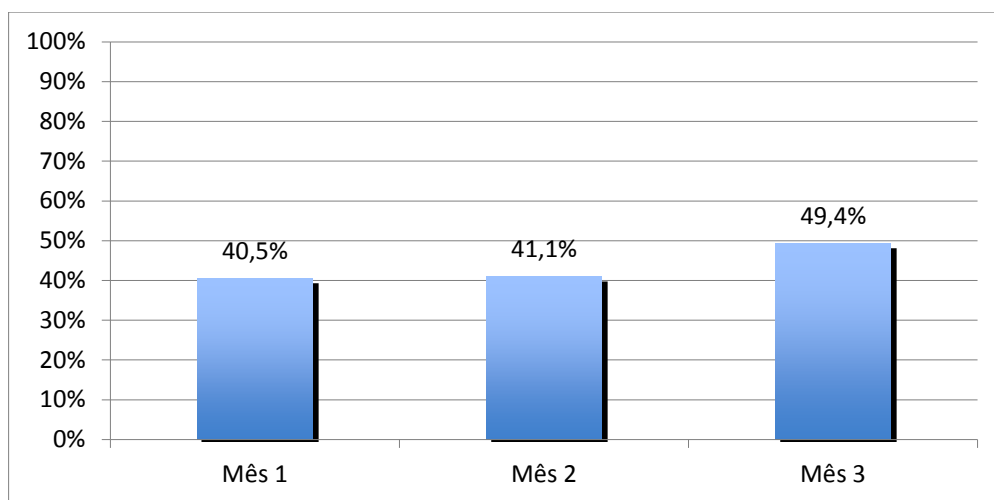


Figura 5: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na USF da Sede, Faxinal do Soturno.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta: 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Ao longo da intervenção realizamos busca ativa em 100% dos idosos faltosos, sendo 01 no primeiro mês, 06 no segundo e 11 no terceiro mês.

O indicador foi analisado nas reuniões da equipe em cada semana sendo possível a recuperação dos usuários.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta: 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Esse indicador foi cumprido em 100% ao longo dos três meses da intervenção, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês, graças ao adequado registro das informações no prontuário eletrônico e ao uso da ficha espelho, sendo que foi possível ter uma ficha para cada paciente pelo apoio do gestor, além da qualidade do registro o mesmo era monitorizado semanalmente na reunião da equipe.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Quando iniciamos o trabalho não tínhamos a quantidade suficiente de caderneta do idoso no município, por este motivo não foi possível alcançar 100% como proposto.

Graças às gestões feitas com a coordenadoria regional recebemos as cadernetas quase no final do primeiro mês, assim, no primeiro mês distribuimos para 42 (56.8%) idosos, no segundo mês para 95 (50%) e no terceiro mês distribuimos a caderneta para 199 (59,9%) idosos.

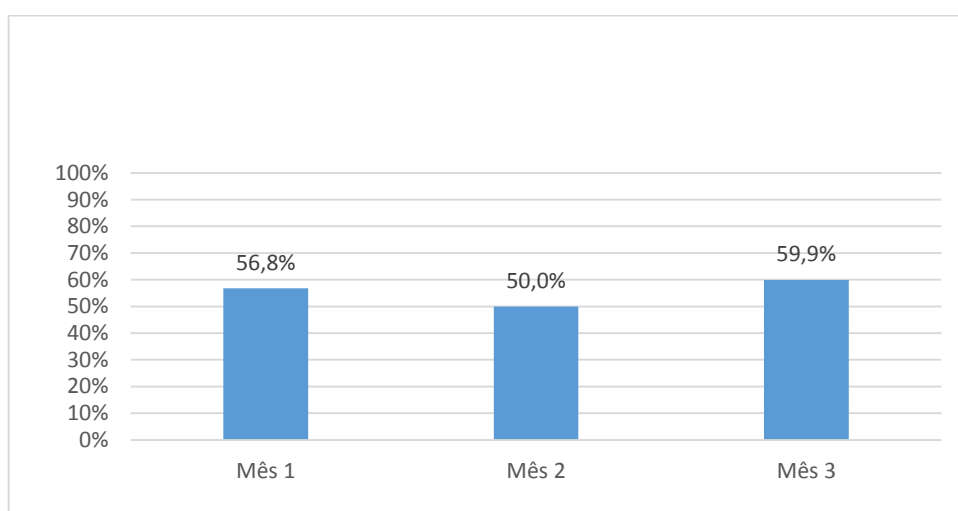


Figura 6: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na USF da Sede, Faxinal do Soturno.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta: 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Antes da intervenção 278 usuários idosos estavam com avaliação para risco de morbimortalidade. Ao longo da intervenção avaliamos 100% dos idosos, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês, sendo possível através da utilização dos dados da planilha de coleta dos dados obtidos nas consultas.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Todos os idosos foram investigados quanto ao risco de fragilização na velhice com anamnese e exame físico de qualidade nas consultas, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

A Rede social foi avaliada em 100% dos usuários durante os três meses da intervenção, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês.

Atingir a meta foi possível graças ao trabalho desenvolvido por toda a equipe com destaque para os ACS, que auxiliaram na classificação dos usuários segundo o risco e nas reuniões da equipe, através da análise dos usuários, as visitas domiciliares foram priorizadas para aqueles com rede social deficiente, desenvolvíamos dinâmica com a família e para os casos que precisavam também serem discutidos com os profissionais do NAFS.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta: 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Todos, 100% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês.

Ao fazer o paralelo com os dados registrados antes de iniciar a intervenção, houve acréscimo já que só 75,4% tinham recebido esta orientação. Esse resultado foi possível pelo trabalho de toda a equipe com cumprimento das ações de prevenção e promoção planejadas segundo o cronograma, tais como as palestras feitas nos grupos, nos momentos de espera por atendimento, nas consultas, assim como nas visitas domiciliares e por último com a incorporação da nutricionista na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Esse indicador foi cumprido em 100% ao longo dos três meses da intervenção, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês.

Todos os idosos, incluindo os acamados ou com problemas de locomoção, receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Contamos com o apoio da assessoria da educadora física, para orientação das atividades que eles podem fazer com a ajuda dos cuidadores e familiares.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Durante os três meses da intervenção foi possível orientar 100% dos idosos sobre higiene bucal, sendo 74 no primeiro mês, 190 no segundo e 332 no terceiro mês.

Antes da intervenção a UBS tinha 2 odontólogos cada um com 20 horas de trabalho, o município tomou como estratégia modificar a carga horaria de um odontólogo para 40 horas como profissional de cada uma das ESF, isto permitiu que o mesmo participasse das reuniões da equipe, sentindo-se mais motivado.

Nas reuniões eram analisados semanalmente os indicadores, permitindo o desenvolvimento dos mesmos e o planejamento das ações, tais como palestras em quanto os usuários aguardavam para serem assistidos, nos grupos com a participação do odontólogo e a técnica de odontologia, assim como o agendamento das consultas odontológicas pelos ACS, o qual só era feito pelo odontólogo.

4.2 Discussão

A intervenção, na UBS, significou o despertar dos diversos setores do município quanto à necessidade de preparo para enfrentamento do elevado índice de envelhecimento que hoje apresenta o território.

Permitiu a ampliação da cobertura da atenção integral aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para o acréscimo da avaliação multidimensional rápida de risco para morbimortalidade e fragilização na velhice, também contribuiu acrescentando a atenção odontológica, assim como a maior conscientização por parte dos idosos sobre a importância deste atendimento para a prevenção do câncer bucal.

No desenvolvimento de todo o trabalho foram intensificadas as atividades de promoção e prevenção que permitiram influenciar na percepção dos idosos, da sua família e de toda a comunidade quanto ao uso da caderneta do idoso, quanto à utilização adequada dos medicamentos e sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física assim como a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

O trabalho exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde conforme os protocolos de atendimento aos idosos, o acolhimento destes idosos assim como a promoção de hábitos nutricionais saudáveis, prática de exercício físico e sobre higiene bucal. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe, proporcionando mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população; permitindo conhecer a realidade de cada idoso, seus problemas e riscos.

A intervenção contribuiu para mudar a concepção assistencialista de alguns membros da equipe, de modo a ampliar as ações de promoção à saúde e o reconhecimento de todos quanto à sua importância em detrimento da hegemonia do modelo biomédico.

As ações aconteceram de forma multiprofissional sendo o médico o responsável por executar as ações de atenção integral ao idoso, a enfermeira de organizar as rotinas de trabalho, supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e da auxiliar de enfermagem, sendo esta última responsável por identificar com os ACS as famílias de risco e da realização de procedimentos nos domicílios. Além disso, os agentes comunitários ficaram com a função de realizar o mapeamento de sua área, cadastrar aos idosos e manter este cadastro atualizado, orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e da importância de participar das ações da intervenção, constituindo a ligação entre a equipe e a comunidade, é o contato permanente com as famílias facilitando o trabalho de promoção de saúde realizado por toda a equipe.

Antes da intervenção, mesmo com um elevado índice de envelhecimento, não existiam instrumentos para realizar avaliação integral aos idosos, nem trabalhava com enfoque de risco, nem com agendamentos e as atividades de atenção eram concentradas no médico. Diante as ações de capacitação e as

atividades desenvolvidas ao longo do trabalho a equipe mudou a percepção em relação ao acolhimento que antes só era feito na triagem.

A intervenção redefiniu as atribuições da equipe viabilizando o cuidado a um maior número de idosos, assim, os idosos passaram a ter prioridade, com consultas agendadas, atenção integral e humanizada e um vínculo mais estreito com a equipe.

A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A identificação dos riscos nestes idosos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

As ações desenvolvidas durante a intervenção permitiram o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, a qual se traduz em desenvolvimento de ações humanizadas e mais competentes. Os idosos mostraram satisfação pelas atividades desenvolvidas e a qualidade do atendimento, gerando um grande impacto positivo neles e suas famílias já que também foram parte importante da atenção a estes idosos.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Se houvéramos aproveitado o Conselho do Idoso, o qual teria propiciado uma maior participação da comunidade e dos idosos nas atividades desde os inícios e seria uma grande fortaleza no relacionamento com as autoridades do município para acrescentar todas as ações necessárias e garantir que nossos idosos possam envelhecer com qualidade de vida. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, e como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, com isso vamos ampliar o trabalho de conscientização nos idosos desta faixa etária em relação a necessidade da atenção odontológica. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de informação, pois quando os idosos comparecem à primeira consulta odontológica, só conhecemos o dado quando o idoso é assistido pelo médico, o qual pode ocorrer meses depois. Vamos adequar o registro e estabelecer o mecanismo que permita coletar o dado no momento em que o idoso esteja sendo assistido pelo odontólogo.

Continuamos ampliando a cobertura de idosos, os ACS mantêm o cadastramento e agendamento das consultas. Vamos propor na reunião da equipe

que o odontólogo ou a técnica passem a atualizar a ficha espelho. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa saúde bucal na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores!

Desde o ano passado, venho realizando a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esta especialização me proporcionou um aprimoramento das questões relacionadas à saúde pública, em especial a Atenção Básica.

Como intervenção final, quis enfatizar as questões relacionadas com a saúde do idoso, que, a meu ver, necessitava de maior enfoque, pois era uma ação programática não implantada na unidade de saúde até o momento. Foi realizado um projeto de intervenção contemplando várias ações de melhorias relacionadas à saúde dos idosos.

Iniciamos a intervenção em julho de 2014, realizando coleta de dados dos usuários maiores de 60 anos, enfatizando as questões de avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia, solicitação de exames complementares em dia para os hipertensos e/ou diabéticos, prescrição de medicamentos da farmácia popular, proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção, proporção deles com visita domiciliar, proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, assim como hipertensos rastreados para diabetes, avaliação do atendimento odontológico, busca ativa de faltosos às consultas. Também foram desenvolvidas ações quanto ao cumprimento das metas propostas para o registro da ficha espelho em dia e o uso da caderneta do idoso. Ao longo do trabalho foi possível avaliar a proporção de idosos com risco de morbimortalidade, fragilidade na velhice e com avaliação de rede social em dia. Além disso, desenvolvemos atividades de promoção quanto à orientação nutricional para hábitos saudáveis, sobre prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal em dia.

Muitas medidas foram tomadas para adequar o serviço conforme preconiza o Ministério da Saúde. Isso tudo ocorreu graças ao engajamento de toda a equipe que trabalha na unidade de saúde, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde.

Com a intervenção avaliamos 332 idosos, com 86.2 % de cobertura de atenção, apesar da grande quantidade de idosos avaliados não foi possível atingir 100% de cobertura proposto devido a redução do tempo da intervenção. 100% dos idosos tiveram avaliação multidimensional rápida, exame clínico e solicitação de exames complementares periódicos em dia, a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada foi de 78.0%.

Quanto aos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados 46 idosos totalizando 100%, o número foi maior que o programado inicialmente devido a que a que a cifra proposta nos dados da UBS foi por estimativa e na realidade da intervenção o número de idosos com estas dificuldades foi o anteriormente citado, recebendo visita domiciliar o 100% deles. Todos os idosos tiveram verificação da pressão arterial na última consulta, o total de hipertensos foi rastreado para diabetes.

Somente 11 faltaram à consulta e 100% deles receberam busca ativa, ficaram com registro na ficha espelho em dia todos os cadastrados. As atividades de avaliação de risco para mobilidade, fragilização na velhice e rede social em dia foram feitas em 100% dos idosos, também as relacionadas com orientação nutricional para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal tiveram um comportamento favorável.

Mas algumas foram só cumpridas parcialmente, por exemplo começamos sem ter caderneta do idoso para todos, o qual afeta a qualidade dos atendimentos, mas pelas gestões feitas e ao apoio da coordenadoria regional de saúde foram obtidas algumas cadernetas, sendo possível o atendimento de uma porcentagem elevada (59.9%) de idosos com a caderneta ao terminar a intervenção. Outra das dificuldades foi o atendimento odontológico, o que estava afetando a assistência as consultas, pelo qual tivemos que acrescentar as ações na saúde bucal com o objetivo de esclarecer a importância do atendimento odontológico sistemático para prevenir o câncer bucal e outras doenças bucais, ao terminar a intervenção foram avaliados 49.4% dos idosos

Como resultado imediato pudemos perceber que mudou o enfoque assistencialista que tinham os profissionais da UBS por uma medicina mais preventiva, ampliou a preparação dos mesmos quanto à atenção integral aos idosos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade!

Para aprimorar meus conhecimentos e melhorar as ações que desenvolvo na Unidade de saúde, venho realizando a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que abrange questões relacionadas a atenção básica e Saúde da Família.

Como a nossa cidade é uma das mais envelhecidas na Quarta Colônia, eu decidi trabalhar com a saúde dos idosos na minha intervenção de final do curso de especialização, que, a meu ver, necessitava de maior enfoque, pois não tínhamos nenhuma ação específica com este foco.

Inicialmente, criamos todas as condições necessárias para a realização do trabalho incluindo a capacitação de toda a equipe, realizando coleta de dados dos maiores de 60 anos, avaliando uma série de aspectos incluídos em uma planilha previamente confeccionada.

Percebi um maior engajamento dos idosos com os profissionais da UBS, assim como satisfação pela qualidade do atendimento. Além, disso, houve preocupação e interesse dos idosos e familiares pelas ações de prevenção e promoção desenvolvidas.

Pretendemos manter todas as ações implementadas como rotina diária de trabalho para assim acrescentar a cobertura de atenção, melhorar a qualidade da atenção e intensificar as atividades de promoção de saúde, garantindo com isso um cuidado humanizado que propicie um envelhecimento ativo e saudável a todos os idosos.

Uma das atividades que gerou um resultado muito positivo foram as palestras desenvolvidas, voltadas às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, nas quais contamos com o apoio de profissionais que possuímos na UBS, como a educadora física e a nutricionista. Nesta atividade temos total apoio da administração municipal no que se refere à contratação destes profissionais. Assim como as visitas domiciliares que nos permitem avaliar aos idosos acamados e seu entorno familiar, o que significa uma maior qualidade no acompanhamento destes idosos.

Pretendemos implementar novos projetos. Acredito que seja de suma importância a participação da comunidade local, com ideias, sugestões e críticas, pois este é um projeto pioneiro no município e necessita de muitos ajustes e adequações, para um melhor funcionamento.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar o curso e começar a fazer as primeiras tarefas, comecei a conhecer a realidade da UBS e achava que por ter muitas das condições estruturais e de logísticas se podia fazer um atendimento de qualidade, mas na medida em que avançou o curso e conheci como realmente devem de funcionar os serviços na ESF me dei por conta que muita coisa faltava ainda por ser feita. Logo de analisar a nossa realidade respeito ao envelhecimento decidi realizar a intervenção sobre a saúde do idoso, e com a ajuda dos instrumentos fornecidos pelo curso comecei a fazer uma adequada avaliação dos idosos e com a participação da equipe, foram avaliados uma parte importante dos usuários desta faixa etária. Com o curso além de incrementar os conhecimentos sobre este tema, pudemos revisar e atualizar, muitos outros temas que formam parte de nossos atendimentos diários na UBS, tanto com os Estudos da Prática Clínica como com os casos clínicos resolvidos semanalmente, que contribuiu a elevar a nossa preparação individual e coletiva, pois a equipe toda também participou nas atividades de educação permanente, foram fornecidas os vínculos com a comunidade e os fatores do município em quanto a toma de decisões em relação da saúde individual e coletiva e da promoção e prevenção de saúde. Considero estes como os aspetos mais relevantes que tem me aportado o curso.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica nº19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso 1º ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

IBGE, 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>>, acesso em 18 jul. 2015.

Anexos

Anexo A: Imagens das ações desenvolvidas



Figura 7: Capacitação da equipe de saúde sobre saúde dos idosos.



Figura 8: Palestra sobre uso da Caderneta do Idoso e Conselho de Idosos



Figura 9: Palestra sobre Envelhecimento Saudável em 07/04/2015



Figura 10: Visitas domiciliares



Figura 11: Visitas domiciliaries



Figura 12: Visitas domiciliaries

Anexo B - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo C - Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo D - Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo E - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Mabel Merlan Martinez, médica e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

- 1.. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
- 2.. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
- 3.. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
- 4.. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
- 5.. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
- 6.. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Mabel Merlán Martinez

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante